

保育園名 ミルキーホームみどり園
電話番号 043-432-0800

与薬指示書

下記の保育園児について、当院で加療中ですが、登園の際は保護者に代わり、
与薬をお願いします。

園児氏名 _____

病名(または症状) _____

薬の処方内容(該当するものに○印)

形 状	内 容
粉薬 (1回 袋)	抗生物質 咳止め 痛み止め
シロップ (1回 CC)	下痢止め 鼻止め 抗アレルギー
錠剤 (1回 錠)	
その他 ()	その他 ()

園での与薬時刻
食後 食前 その他()

今回の処方 は _____ 月 _____ 日 () ~ _____ 月 _____ 日 ()

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
医師 住所 _____ 印
氏名 _____
電話 _____

与薬依頼書（保護者記入）

令和 年 月 日

ミルキーホームみどり園園長

クラス _____ 園児名 _____

保護者名 _____

1. 主治医: _____ (_____ 病院・医院)

2. 病名（または症状） _____

3. 薬の処方内容（該当するものに○）

形状	内容
粉薬（1回 袋）	抗生物質 咳止め 痛み止め
シロップ（1回 c c）	下痢止め 鼻止め 抗アレルギー
錠剤（1回 ）	
その他（ ）	その他（ ）

4. 園での与薬時刻 食前 ・ 食後 ・ その他（ ）

※保育園に薬剤管理を専門にする職員はおりません。与薬をするお子さまが増えるに伴い誤与薬の可能性も高まります。通園中にどうしても与薬が必要な薬(食物アレルギー治療のインターナルなど)を除き、投与時間や回数に配慮し、できるだけ家庭で与薬が済まされるようにご協力ください。

※薬を入れた容器や袋には必ずお子様のフルネームをご記入ください。

※薬は必ず保育者に手渡ししてください。連絡帳袋などに入れておくだけでは対応致しません。

※土曜日の与薬はいたしません。

※与薬依頼書と併せて、医師からの与薬指示書が未提出の場合は与薬できません。

受領者サイン	与薬者サイン

----- キリトリ -----

与薬確認欄（保護者返却）

ミルキーホームみどり園

クラス	園児名	与薬日時	与薬者サイン
組		年 月 日 :	